

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 janvier 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche, juge et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

U._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Yero Diagne,
avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, mère de deux enfants nés en 2003 et 2007, a travaillé comme spécialiste en gestion de marchandises auprès de C._____ de 1999 à 2007. Elle s'est ensuite consacrée à son foyer, tout en effectuant des sondages téléphoniques depuis son domicile. Le 15 juillet 2015, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, faisant principalement valoir des troubles au poignet droit et à la hanche droite. Son médecin traitant, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté une totale incapacité de travail en qualité de vendeuse depuis janvier 2015.

Entre autres mesures d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a mis en œuvre un examen clinique rhumato-psychiatrique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 9 janvier 2017, les Drs W._____, spécialiste en rhumatologie, et S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont estimé que l'assurée ne subissait aucune réduction de sa capacité de travail. Les médecins ont posé les diagnostics de fibromyalgie, de status post synovectomie du poignet droit et débridement du ligament triangulaire du carpe, de status post traitement chirurgical d'une tendinopathie de de Quervain du côté droit, de préobésité, de cyclothymie (F34.0) et de status post dépressif. Ces atteintes restaient toutefois sans incidence sur la capacité de travail, qui était entière dans toute activité depuis janvier 2016. S'agissant de la capacité de travail, les Drs W._____ et S._____ se sont particulièrement prononcés en ces termes :

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Sur le plan rhumatologique, les éléments à disposition nous font conclure qu'il n'y a pas l'IT [incapacité de travail] durable à ce taux. Nous retenons une IT limitée dans le temps dans les suites de l'intervention réalisée au niveau du poignet D [droit] le 05.03.2015.

A 3 mois postopératoires, le 30.06.2015, le Dr M._____ revoit l'assurée. Il exclut une algoneurodystrophie. Il ne retient pas de

complications postopératoires. Il ne retient pas de nouvelle indication chirurgicale, il précise même qu'un nouveau geste chirurgical est strictement contre-indiqué. Au vu des douleurs diffuses, le Dr M._____ propose un conseilium rhumatologique, avec la suspicion d'une éventuelle polymyalgie rhumatosa. A titre d'information, une polymyalgia rheumatica fait des douleurs des ceintures, d'allure inflammatoire, avec un syndrome inflammatoire sanguin marqué.

En prenant large, par rapport à la date d'exigibilité, nous prendrons la consultation de la Dresse J._____, en date du 08.10.2015. Cette dernière exclut un rhumatisme inflammatoire et conclut à une fibromyalgie. Ce diagnostic est par la suite confirmé par le Dr K._____ lors de sa consultation du 20.06.2016.

Nous ne retenons pas de LF [limitations fonctionnelles] en relation avec le status du poignet droit, n'ayant pas d'atteinte focalisée, n'ayant pas de complications opératoires, n'ayant notamment pas de signes d'arthrose au niveau du poignet D ou d'étiologie autre que la fibromyalgie pouvant expliquer les douleurs persistantes.

Sur le plan psychiatrique, on peut admettre qu'une ITT [incapacité totale de travail] est survenue à partir de septembre 2015.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, la CT [capacité de travail] est nulle dans les activités professionnelles réalisées à partir du 08.10.2015, date de la consultation rhumatologique de la Dresse J._____.

Sur le plan psychiatrique, le degré d'IT [incapacité de travail] est nul au plus tard en janvier 2016.

L'office AI a ordonné une enquête ménagère afin de déterminer le statut de l'assurée. Dans un rapport d'enquête du 9 mars 2017, l'enquêteur a retenu que l'assurée, si elle avait été en bonne santé, aurait consacré 80 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels, et constaté un empêchement au ménage de 40,4 % (sur un 100 %).

Par décision du 10 juillet 2017, l'office AI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a considéré qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité, et que son empêchement au ménage, de 40,4 %, correspondait, après pondération, à une invalidité de 8,08 %, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente.

Statuant par arrêt du 1^{er} novembre 2018 (cause AI 290/17 - 309/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours de l'assurée et annulé la décision du 10 juillet 2017. En bref, elle a retenu qu'au vu des éléments fournis par le psychiatre traitant (Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), il existait un doute quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation psychiatrique faite par les médecins du SMR. Aussi a-t-elle renvoyé la cause à l'office AI « *afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, les experts désignés gardant la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune* ».

B. Reprenant l'instruction, l'office AI a confié au Bureau R._____ à P._____ la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire comprenant un volet rhumatologique (Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie) et un volet psychiatrique (Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 19 décembre 2019, les experts ont posé les diagnostics suivants « *ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles* » :

Au plan somatique

Un syndrome douloureux articulaire chronique des deux poignets
sur :

Status après révision, ténolyses des long abducteur et court extenseur, avec transfert court extenseur sous-cutané et plastie d'élargissement du ligament annulaire dorsal le 18 juillet 2011 pour tendinopathie de de Quervain droite. (M65.4)

et status après arthroscopie radio-carpienne, débridement TFCC [Triangular Fibro Cartilage Complexe] et synovectomie partielle dorso-ulnaire carpe à droite le 5 mars 2015 pour une performance centrale du TFCC respectivement du disque ulno-carpien de type Palmer 2c, vraisemblable perforation centrale du ligament LT sur variante ulna plus ainsi qu'une configuration type II du semi-lunaire, à l'origine d'un conflit ulno-lunaire d'impaction à droite S63.

Déchirure du ligament luno-triquétral central et partielle palmaire, déchirure centrale type 1A du TFCC, important kyste du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire, tendinopathie focale de l'ECU à gauche S63.

Coccygodynie M53.3

Au plan psychique

Nihil.

Si, sur le plan psychique, la capacité de travail était entière depuis toujours tant dans l'activité habituelle de caissière que dans une activité adaptée en l'absence de psychopathologie incapacitante, les experts ont retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le mois d'avril 2018 en raison d'une exacerbation des douleurs dans le cadre d'une fibromyalgie. En revanche, dans une activité ne nécessitant pas de port de charges supérieures à 2 kg, de surcharges mécaniques soutenues et en force des poignets, ni la position assise prolongée, les experts ont estimé que la capacité de travail était entière depuis toujours, hormis deux périodes d'incapacité totale de travail à l'été 2011 et durant l'hiver 2015-2016 en lien avec deux interventions chirurgicales au poignet droit. Pour le surplus, les experts ont retenu que l'assurée était en mesure d'assumer 70 % de ses activités ménagères.

Dans un avis médical du 20 mars 2020, le Dr D._____, médecin auprès du SMR, a, sur la base de l'expertise précitée, retenu une capacité de travail entière depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 2 kg, pas de surcharges mécaniques soutenues et en force des deux poignets, pas de position assise prolongée), ainsi qu'un empêchement de 30 % dans l'accomplissement des travaux habituels.

Par projet de décision du 27 mars 2020, l'office AI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il retenait un taux d'invalidité global de 14 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le 10 juin 2020, l'assurée a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Sur le plan rhumatologique, elle a fait valoir que la description des activités qu'elle pourrait encore effectuer ne correspondait pas à la réalité. En effet, l'expert avait retenu qu'elle pouvait encore exécuter un certain nombre de tâches ménagères alors qu'elles étaient,

dans la plupart des cas, accomplies par son époux et ses enfants. A cet égard, elle a produit un rapport du 6 mai 2020 dans lequel le Dr N. _____ décrivait les limitations qu'elle rencontrait dans l'exécution des tâches domestiques. Sur le plan psychiatrique, elle a relevé que c'était à tort que la cyclothymie avait été jugée sans effet sur la capacité de travail et qu'un trouble bipolaire avait été écarté. A cet égard, elle a produit un rapport établi le 5 mai 2020 par le Dr Q. _____ où ce dernier expliquait pour quels motifs les affections psychiatriques mentionnées ne pouvaient être exclues.

Sollicité pour détermination, le Dr D. _____ a estimé qu'au vu des éléments fournis, il n'y avait pas lieu de modifier le projet de décision (avis médical du 10 août 2020).

Par décision du 2 novembre 2020, l'office AI a entériné son refus d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée, au motif que le degré d'invalidité (14 %), calculé selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, était inférieur au seuil légal ouvrant droit à cette prestation.

C. a) Par acte du 2 décembre 2020, U. _____, représentée par Me Yero Diagne, avocat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En premier lieu, l'assurée a contesté la capacité de travail de 100 % retenue. A son avis, en retenant qu'une activité adaptée ne devait pas comporter de charges supérieures à 2 kg, de surcharge mécanique soutenue et en force des poignets ni de position assise prolongée, les experts n'avaient tenu compte que d'une partie de ses limitations. En effet, d'une part, ils avaient minimisé la portée du diagnostic de fibromyalgie - qu'ils avaient eux-mêmes confirmé - en ne tenant pas compte du caractère incapacitant des douleurs liées à cette pathologie pourtant identifiée. D'autre part, les experts n'avaient pas non plus tenu compte, pour l'évaluation de l'exigibilité d'une activité de substitution, des troubles du sommeil et cognitifs alors même qu'ils ressortaient de la documentation au dossier.

Partant, l'assurée estimait que, compte tenu de toutes ses atteintes à la santé, elle ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans aucune activité. En second lieu, l'assurée a critiqué l'évaluation des empêchements ménagers. D'après elle, les experts ne pouvaient conclure à une (substantielle) absence d'empêchement de sa part au motif que son époux - justement parce qu'elle ne pouvait rien faire - s'occupait de tout.

b) Dans sa réponse du 1^{er} février 2021, l'office AI a conclu au rejet du recours, estimant en substance que l'expertise du Bureau R. _____ devait se voir conférer une pleine valeur probante et que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale ne se justifiait pas. Il a estimé par ailleurs qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de la conclusion selon laquelle l'assurée pouvait assumer 70 % des tâches ménagères, une entrave de 30 % paraissant cohérente avec l'anamnèse et le status.

c) A l'appui de sa réplique du 25 mars 2021, l'assurée a transmis un rapport du 22 mars 2021 du Dr Q. _____, dans lequel celui-ci expliquait pour quels motifs il s'écarterait de l'appréciation de l'expert psychiatre. En effet, il apparaissait, à la lumière des autres éléments au dossier, que l'expertise du Bureau R. _____ était incomplète et entachée de conclusions fausses quant à la prétendue capacité de travail résiduelle dans une activité de substitution. L'assurée a pour le reste déclaré confirmer ses conclusions dans leur intégralité.

d) Dupliquant en date du 19 avril 2021, l'office AI a indiqué que, selon un avis du Dr D. _____ du 6 avril 2021, le rapport précité du Dr Q. _____ n'était pas de nature à modifier son appréciation. Partant, il a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

e) A l'appui de ses déterminations du 14 juin 2021, l'assurée a produit un nouveau rapport établi le 8 juin 2021 par le Dr Q. _____ dans lequel celui-ci s'attachait à exposer les arguments en faveur de l'existence d'un trouble bipolaire de type II à l'origine d'une incapacité de travail totale en toute activité ainsi que l'impossibilité de suivre une mesure de réinsertion. D'après l'assurée, ce document suffisait à démontrer

qu'aucune valeur probante ne pouvait être accordée à l'expertise du Bureau R._____ ainsi qu'aux différents avis du SMR.

f) Dans ses déterminations du 1^{er} juillet 2021, l'office AI a communiqué un nouvel avis médical du Dr D._____ du 28 juin 2021, dont il ressortait que le rapport du Dr Q._____ du 8 juin 2021 ne contenait aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en question sa position.

g) Le 18 août 2021, l'assurée a produit un nouveau rapport du Dr Q._____ daté du 4 août 2021. Ce médecin y développait ses arguments en faveur de la prescription de Saroten, tout en insistant sur l'importance des observations et renseignements cliniques pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type II. Il répondait par ailleurs au médecin du SMR à propos des limitations fonctionnelles que celui-ci indiquait ne pas avoir observées.

h) Dans ses déterminations du 22 septembre 2021, l'office AI a souligné que le rapport d'expertise du Bureau R._____ du 19 décembre 2019 satisfaisait à tous les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et que l'expert psychiatre avait eu connaissance de la position du Dr Q._____. Aussi, en l'absence d'éléments objectifs nouveaux, il n'y avait pas lieu de faire procéder à de nouvelles investigations.

i) Le 3 décembre 2021, le magistrat instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) dont il a confié la réalisation au Centre L._____ à G._____.

j) Dans leur rapport du 14 juin 2022, les Drs F._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics suivants :

Sur le plan rhumatologique

- Fibromyalgie dès 2015 au moins (M79.7).
- Troubles dégénératifs des poignets avec atteinte du TFCC avec status après opération à droite en 2011 et 2015.
- Scoliose et discopathie D11-D12 (M42.0).
- Surcharge pondérale (E66.00).
- Côlon irritable (K57).
- Tabagisme (Z71.6).
- Status après arthrite réactionnelle en 2004 (M02.9).
- Status après opération pour hernie ombilicale en 1989 (K42).
- Status après opération d'une hernie inguinale droite en 1998 (K40).
- Status après opération de hernie crurale droite en 2009 (K41).

Sur le plan psychique

- Cyclothymie (F34.0).
- Syndrome de dépendance au cannabis utilisation continue (F12.25).
- Autres troubles anxieux mixtes (F41.3).
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Perturbation (de l'activité et) de l'attention (F90.0).

Parmi les diagnostics posés, les experts ont estimé que seul celui de troubles dégénératifs des poignets avec atteinte du TFCC avec status après opération à droite en 2011 et 2015 affectait la capacité de travail, laquelle était nulle dans l'activité de caissière dans une grande surface depuis le mois d'avril 2018. En revanche, dans un travail administratif et de gestion, la capacité de travail était entière depuis toujours, sans diminution de rendement. Dans la mesure où l'atteinte aux poignets entraînait des limitations fonctionnelles, l'activité adaptée ne devait pas nécessiter le port d'objets excédant 2 kg, ni nécessiter une bonne force de préhension ou des mouvements répétitifs avec les poignets.

k) Se déterminant le 11 juillet 2022, l'office AI a relevé que, selon les experts du Centre L._____, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aussi a-t-il une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

l) Dans ses déterminations du 31 août 2022, l'assurée a fait part de son désaccord avec l'analyse et les conclusions des experts du Centre L._____. Sur le plan psychiatrique, elle a rappelé que les

psychiatres étaient non seulement divisés sur le diagnostic à retenir mais également quant à son incidence sur la capacité de travail. A cet égard, elle a produit un rapport du 25 août 2022 du Dr Q._____, pour qui la capacité de travail était nulle en toute activité au vu des troubles de la mémoire et de la concentration de sa patiente. Dans la mesure où, à son avis, ceux-ci n'avaient pas été suffisamment investigués et pris en considération dans l'expertise du Centre L._____, il convenait de diligenter un complément d'expertise. Sur le plan rhumatologique, elle a relevé que les experts avaient confirmé l'existence d'une incapacité totale de travail dans l'activité de caissière, tout en retenant une capacité de travail entière dans un travail administratif ou de gestion. Or elle n'avait jamais exercé une telle profession et ne s'estimait pas en mesure d'assumer un travail administratif ou de gestion car de telles activités impliquait le maniement de documents et de classeurs ainsi que l'usage répété de claviers d'ordinateur, ce que l'état de ses poignets contre-indiquait. En définitive, quel que fût le diagnostic psychiatrique incapacitant retenu, elle estimait que l'atteinte rhumatologique et ses limitations fonctionnelles attestées de manière unanime conduisaient déjà à retenir qu'elle ne présentait aucune capacité de travail résiduelle dans son ancienne activité de caissière et, *a fortiori*, dans aucune autre activité, même des plus légères. Il fallait donc admettre que son invalidité était totale. Si la Cour ne devait toutefois pas être convaincue par ces explications, l'assurée formulait la requête tendant à la « *mise en œuvre de mesures concrètes d'examen de ses capacités fonctionnelles pouvant être mises économiquement à profit par l'avis des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles* ».

m) Dans ses déterminations du 13 septembre 2022, l'office AI a transmis un nouvel avis médical du Dr D._____ du 9 septembre 2022 aux termes duquel ce médecin estimait qu'il n'existait aucun élément médical permettant de revenir sur la décision du 28 mars 2020 [recte : 2 novembre 2020].

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 2 novembre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans

interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

b) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il

faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

5. a) En l'occurrence, l'office intimé a retenu que la recourante aurait consacré 80 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels.

b) Il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, lequel n'est d'ailleurs pas contesté dans le recours. Dans le rapport d'enquête économique sur le ménage qu'il a établi le 9 mars 2017, l'enquêteur mandaté par l'office intimé a constaté que la recourante aurait exercé, si elle avait été en bonne santé, une activité lucrative à raison de 80 %. Un statut mixte apparaissait cohérent avec la situation financière du couple de la recourante, de ses dires et de ses souhaits. Le taux de 80 % correspondait par ailleurs à celui auquel elle avait toujours travaillé.

6. a) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA).

b) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode

nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

7. Dans le cas d'espèce, la recourante soutient qu'elle est totalement incapable d'exercer une activité professionnelle. L'office AI retient au contraire que l'intéressée possède une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

a) Il ressort du dossier que la recourante présente, en sus d'un tableau fibromyalgique (dont l'existence n'est pas contestée), une symptomatologie caractéristique d'un tableau dépressif.

b) Au vu des différentes pièces versées au dossier, il n'était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, si bien qu'il se justifiait, malgré le renvoi de la Cour de céans et la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire par l'intimé, de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

aa) Il convient tout d'abord de souligner l'existence de points de vue divergents - portant principalement sur le diagnostic et l'intensité des symptômes psychiques présentés par la recourante - entre le psychiatre traitant de la recourante, le Dr Q._____, et les différents spécialistes ayant examiné la recourante sur le plan psychiatrique, à savoir les Drs S._____, et V._____.

aaa) Dans son rapport du 9 janvier 2017, le Dr S._____ a relevé que l'assurée se plaignait avant tout de ses douleurs et qu'hormis

celles-ci, elle n'avait pas d'autres plaintes à formuler. Si elle a évoqué une dépression lors de son deuxième accouchement et une réaction dépressive aux douleurs apparues en 2014, elle a également fait état de phases très brèves (de deux à trois jours) et d'intensité modérée au cours desquelles elle connaissait un bien-être inhabituel. Selon le Dr S._____, l'intensité modérée et la faible fréquence de ces phases d'élévation de l'humeur ne répondaient toutefois pas aux critères de phases hypomaniaques. En revanche, ces éléments plaident en faveur du diagnostic de cyclothymie. Ce diagnostic s'expliquait également par l'absence de caractéristiques claires des épisodes dépressifs présentés. Pour le reste, l'examen psychiatrique effectué n'avait pas objectivé de trouble de l'humeur. En effet, les trois critères majeurs de la dépression étaient absents : l'humeur était normale, ni augmentée, ni abaissée, sans diminution de l'intérêt et du plaisir ; il existait une réduction de l'énergie prédominant en début d'après-midi (l'assurée faisait une sieste de deux heures) et en fin d'après-midi, mais qui n'était pas d'origine dépressive. Par ailleurs, il n'y avait pas de diminution de l'attention et de la concentration ni d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assurée déclarait espérer continuer à vivre ensemble et heureuse avec sa famille) ; il n'y avait pas non plus d'idéation suicidaire ni de perturbation du sommeil d'origine dépressive ni de diminution de l'appétit (l'assurée ayant vu son poids augmenter de 15 kg au cours des cinq derniers mois). De plus, aucun symptôme du syndrome somatique de la dépression n'était présent. Enfin, l'exploration de la lignée anxieuse n'avait pas objectivé d'attente craintive ni de tension motrice continue. Il n'y avait pas non plus de signes en faveur de l'existence de crises d'anxiété aiguë. Au demeurant, les éléments recueillis dans le contexte psychosocial et la vie quotidienne permettaient de constater que les ressources disponibles ou mobilisables de l'assurée étaient globalement conservées, ainsi que son autonomie dans la vie quotidienne.

bbb) A l'instar du Dr S._____, le Dr V._____ a retenu, dans son rapport du 19 décembre 2019, le diagnostic de cyclothymie en présence d'une période de plusieurs années d'instabilité thymique avec des périodes de dépression et d'élévation légère de l'humeur, tout en

relevant que la principale difficulté de l'assurée était de se retrouver fixée dans une posture d'invalidé algique. D'un point de vue cérébro-organique, les fonctions mnésiques (faits anciens et faits récents) étaient préservées et il n'y avait pas de troubles de la concentration, l'intéressée ayant maintenu un focus d'attention efficace tout au long de la durée de l'entretien (75 minutes). Elle était en outre correctement orientée dans le temps, l'espace et quant à sa situation personnelle. Le contact avec l'expert était normal, sans regard fuyant. La distance relationnelle n'était pas problématique et il n'y avait pas de labilité émotionnelle. L'expert n'a pas constaté de manifestations psychotiques florides ni de signe direct ou indirect de manifestations hallucinatoires. Il n'existait pas non plus de syndrome dissociatif. Si les fonctions thymiques paraissaient impactées, c'était de manière légère. En effet, elle ne peinait pas à former ses pensées et il n'y avait pas de suicidalité majeure. Appréciée de son époux et de ses enfants, elle savait s'opposer à l'hostilité de sa propre famille. Dans la mesure où elle avait correctement fonctionné jusqu'à l'expertise, le Dr V._____ a écarté l'existence d'un éventuel trouble spécifique de la personnalité. Elle n'avait par ailleurs pas développé de dépendance à une quelconque substance psycho-active.

ccc) Contrairement aux Drs S._____ et V._____ - qui ont écarté un tel diagnostic -, le Dr Q._____ a retenu l'existence d'un trouble bipolaire de type II. Selon lui, tous les antécédents personnels et familiaux plaident en faveur de ce diagnostic. En effet, l'assurée avait développé alors qu'elle était encore très jeune trois dépressions graves d'évolution prolongée (entre 15 et 23 ans en lien avec une anorexie, entre 28 et 33 ans après son second accouchement et à l'âge de 36 ans en lien avec le développement d'une maladie inflammatoire). Elle présentait aussi des épisodes d'hypomanie et une réponse atypique à un traitement antidépresseur. A cela s'ajoutaient un trouble anxieux ainsi qu'un trouble du comportement alimentaire (cf. rapports des 22 mars et 8 juin 2021). Dans son rapport du 4 août 2021, le Dr Q._____ s'est étonné des affirmations inexactes contenues dans le rapport du Dr V._____ et du fait que celui-ci n'avait pas pris en compte les plaintes de sa patiente. En effet, contrairement à ce qu'il avait retenu, elle n'était pas capable de

s'opposer à sa famille et ne regardait pas la télévision. Elle préférait surtout écouter de la musique à la radio car elle n'avait pas besoin de se concentrer sur les discussions. De même, elle ne conduisait plus, car elle ne parvenait pas à maîtriser le flux d'informations liées au trafic (piétons, feux, panneaux). La patiente était en outre sujette à divers oublis en laissant la porte ouverte alors qu'elle était chez elle ou en omettant de prendre une vitamine une fois par semaine. Le Dr Q._____ a inféré de ces éléments une diminution nette des fonctions cognitives due au trouble bipolaire. Il a en outre fait état d'une intolérance au stress et à l'imprévu, ce qui aggravait la dépression d'allure chronique de l'assurée. Il a encore reproché au Dr V._____ de ne pas avoir investigué la fatigue dont se plaignait sa patiente.

bb) Il convient en particulier de souligner qu'il n'était pas possible d'attribuer une pleine valeur probante aux conclusions retenues par le Dr V._____ au regard du caractère particulièrement sommaire de celles-ci. En ce qui concerne la problématique du trouble bipolaire de type II, il y a lieu de constater le caractère relativement superficiel des explications données par l'expert. Outre le manque de discussion structurée, on peut également regretter que l'expert, qui n'a vu la recourante qu'à une seule reprise, n'ait pas pris la peine d'échanger avec le psychiatre traitant, le Dr Q._____, au sujet de ses conclusions pourtant nettement divergentes et que, partant, le rapport d'expertise ne contienne pas de confrontation avec l'avis du Dr Q._____. Compte tenu du contexte dans lequel l'expertise avait été ordonnée - à savoir la question de l'existence d'un trouble bipolaire de type II -, il apparaissait pourtant indispensable que le Dr V._____ discute ce diagnostic et prenne position de manière circonstanciée sur les éléments médicaux ayant conduit le Dr Q._____ à retenir cette pathologie. Or tel n'a pas été le cas.

8. Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire pluridisciplinaire réalisée au Centre L._____ de G._____.

a) Le rapport du 14 juin 2022 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Tant sur le plan rhumatologique que psychique, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, socioprofessionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés de la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées.

b) aa) S'agissant du status psychique, le Dr B. _____ a relevé que, au cours de l'entretien, l'assurée n'avait pas été en retrait et n'avait pas montré un état de prostration. Elle ne paraissait pas triste, n'avait pas pleuré et avait même souri. Elle n'avait pas montré de signe d'angoisse, n'avait pas tremblé, transpiré ou rougi. L'intonation de la voix était sans particularité. Le débit de parole ne montrait ni logorrhée ni ralentissement. S'exprimant volontiers avec son interlocuteur, l'assurée entretenait un contact normal avec celui-ci. Elle ne s'était pas montrée indifférente ou hautaine et l'attitude était coopérante. L'assurée n'était pas apparue expansive, familière, séductrice ou obséquieuse. Elle n'avait pas non plus été fuyante, méfiante, réticente, opposante ou hostile. Il n'y avait pas d'hyperactivité, ni d'agitation psychomotrice ni d'agitation sans but. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, l'expert n'ayant pas non plus constaté de perturbation qualitative de la psychomotricité ni de mouvements anormaux. Le langage de l'assurée n'avait révélé aucune particularité. Vigilante durant l'entretien, elle n'avait pas montré de déficit attentionnel. Orientée dans le temps et dans l'espace, il n'y avait pas de trouble de la mémoire ni à court terme ni à long terme. Le raisonnement et le jugement étaient sans particularité. Il n'y avait pas non plus de trouble du cours de la pensée, ni en ce qui concernait le rythme ni quant au déroulement de celle-ci. Le contenu de la pensée était focalisé sur les douleurs chroniques et les troubles cognitifs qui, tous deux, l'empêchaient

de bien fonctionner au quotidien et de travailler. Il n'y avait pas de signe indirect d'hallucination ni de déficit émotionnel. L'affect était approprié. Il n'y avait pas de labilité émotionnelle ni d'hyper-émotivité. Il n'y avait pas d'agressivité pathologique. L'humeur était euthymique. L'assurée ne s'était pas non plus montrée irritable avec l'expert. Il n'y avait pas de compulsions, ni de stéréotypes, ni d'impulsions. Le comportement lors des examens avait été adéquat et collaborant, non démonstratif et non majorant.

bb) Au terme de son examen, le Dr B. _____ n'a retenu aucun signe des lignées dépressive ni hypomaniaque ni anxieuse ni psychotique. Cela étant, l'assurée avait montré des signes de fatigue durant la dernière demi-heure de l'entretien ayant duré deux heures. Quant au contenu de la pensée, il était focalisé sur les douleurs chroniques, les difficultés de mémoire et les sautes d'humeur qui l'empêchaient, selon elle, de travailler. Au moment d'aborder la discussion diagnostique, l'expert a souligné que, concernant la symptomatologie dépressive et d'élévation de l'humeur, le diagnostic différentiel se faisait entre un trouble bipolaire de type II, une cyclothymie et un trouble de la personnalité borderline. Le diagnostic d'un trouble bipolaire de type II nécessitait de remplir des critères d'au moins un épisode hypomaniaque et d'au moins un épisode dépressif caractérisé.

aaa) S'agissant d'un épisode dépressif caractérisé, le Dr B. _____ a relevé que, dans son rapport du 1^{er} juillet 2016, le Dr Q. _____ avait fait mention de nombreux réveils nocturnes, d'une fatigue chronique, d'une baisse des fonctions cognitives (baisse de la mémoire qu'il interprétait comme une séquelle cognitive des dépressions précédentes), d'irritabilité et de pleurs. Or cette description sommaire ne faisait pas ressortir les cinq symptômes nécessaires au diagnostic de dépression caractérisée. De plus, les troubles mnésiques évoqués pouvaient être mis sur le compte d'une consommation quotidienne de longue date de cannabis. Au cours de l'évaluation, l'assurée avait plutôt paru objectivement euthymique aux yeux de l'expert alors qu'elle affirmait se trouver dans une phase dépressive en raison de différents problèmes

familiaux. Quant aux symptômes dépressifs dont elle se plaignait (baisse de l'humeur, tristesse, difficultés à se concentrer, mauvaise estime de soi, fatigue), ils étaient chroniques comme le manque d'estime de soi-même ou multifactoriels comme les difficultés de concentration (origine médicamenteuse, déficit de l'attention depuis l'enfance, dyslexie rendant difficile la lecture) et le manque d'énergie. Au vu de ces éléments, le Dr B._____ a estimé qu'il manquait une description convaincante d'un épisode dépressif caractérisé, élément déterminant pour retenir un trouble bipolaire de type II.

bbb) S'agissant d'un épisode hypomaniaque, le Dr Q._____ a mentionné les symptômes d'hypomanie suivants : humeur élevée, importantes dépenses en achats d'habits, réduction du sommeil sans sentir de fatigue et augmentation de l'activité sexuelle. Or, dans le cadre de l'expertise, l'assurée n'avait pas évoqué une réduction du besoin de sommeil et elle ne s'était jamais endettée en raison d'achats inconsidérés. Ces symptômes ne paraissaient dès lors pas suffisamment sévères pour être considérés comme des symptômes hypomaniaques. Ils ne remplissaient donc pas l'un des critères diagnostiques de l'épisode hypomaniaque (critère B), à savoir d'atteindre une intensité significative et représenter ainsi un changement notable par rapport au comportement habituel. Ils ne remplissaient pas non plus le critère D, selon lequel la perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement devaient être manifestes pour les autres, car, aux dires de l'assurée, son entourage ne remarquait pas de différence dans son fonctionnement lors des phases hautes. Cela étant, le Dr Q._____ a également signalé un virage hypomaniaque sous traitement de Cymbalta au début de l'année 2015, sans toutefois accompagner son affirmation d'aucune description symptomatique. Outre que d'autres médicaments pouvaient provoquer un tel virage (Saroten et des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, tels que la fluoxétine et l'escitalopram), l'argument du virage hypomaniaque sous antidépresseur, sans autre période de symptomatologie d'allure hypomaniaque (ce qui n'était pas le cas chez l'assurée), ne remplissait pas, selon le Dr B._____, le critère F de l'épisode hypomaniaque du trouble bipolaire de type II. En effet, selon ce

critère, l'épisode hypomaniaque ne devait pas être imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple une substance susceptible de donner lieu à un abus, tel qu'un médicament ou un autre traitement).

ccc) En l'absence d'une description convaincante d'un épisode dépressif caractérisé et d'un épisode hypomaniaque, le Dr B. _____ a écarté le diagnostic de trouble bipolaire de type II.

cc) Ce médecin a, en revanche, retenu d'autres diagnostics. Il a ainsi estimé que l'histoire psychiatrique de l'assurée plaidait en faveur d'un trouble cyclothymique : début de la symptomatologie durant l'adolescence, alternance d'une symptomatologie dépressive et hypomaniaque de faible intensité n'ayant nécessité aucune hospitalisation, ni d'arrêt maladie, ni de prise en charge spécialisée jusqu'en février 2016, ni de prescription d'antidépresseur avant 2015, ni de prescription de thymorégulateur avant 2020 ou 2021. En outre, personne dans son entourage n'avait remarqué qu'elle était d'humeur différente selon qu'elle se trouvait dans une phase haute ou basse. Par ailleurs, l'existence d'une humeur labile présente depuis l'adolescence ainsi que d'achats compulsifs et d'une sexualité augmentée ont conduit le Dr B. _____ à envisager le diagnostic de trouble de la personnalité borderline. Il manquait toutefois d'autres critères pertinents pour retenir ce diagnostic : efforts effrénés pour éviter les abandons ; instabilité des relations interpersonnelles ; perturbation de l'identité ; répétition de comportements auto-agressifs ; sentiments chroniques de vide ; survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères. L'expert a encore retenu d'autres diagnostics. En raison d'une consommation continue de cannabis, d'abord à but récréatif puis à visée antalgique, il a posé le diagnostic de syndrome de dépendance au cannabis utilisation continue ; compte tenu de la plainte principale de l'assurée consistant en un syndrome douloureux chronique, il a également retenu l'existence d'un syndrome somatoforme persistant ; la présence d'une symptomatologie d'anxiété généralisée plutôt d'intensité moyenne associée à des phobies spécifiques (serpents, araignées, hauteurs) et à une symptomatologie compulsive peu

importante ont amené l'expert à retenir le diagnostic d'autres troubles anxieux mixtes ; enfin, les difficultés scolaires rencontrées par l'assurée en lien avec une dyslexie et un trouble de la concentration ont motivé le diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention.

c) Il n'y a pas lieu de suivre les critiques formulées par le Dr Q._____ à l'encontre de l'expertise judiciaire, dont les conclusions rejoignent, pour l'essentiel, celles précédemment retenues par les Drs S._____ et V._____.

aa) Il convient tout d'abord de relever que, dans les différents rapports qu'il a rédigés, le Dr Q._____ demeure particulièrement vague dans la description clinique des symptômes venant étayer le diagnostic de trouble bipolaire de type II. Ainsi, s'agissant des troubles cognitifs, il a brièvement évoqué une diminution des capacités de concentration, d'attention, de mémorisation et de planification des tâches, précisant que sa patiente ne conduisait plus et ne regardait plus la télévision. Or il ressort des pièces au dossier que la recourante connaît des problèmes de concentration de longue date et que la diminution des capacités cognitives se manifeste en lien avec des situations spécifiques (conduite automobile, tâches administratives). S'agissant des épisodes hypomaniaques, le psychiatre traitant a indiqué que les périodes d'élévation de l'humeur se caractérisaient essentiellement par des achats irréfléchis, une réduction de la durée de sommeil et une augmentation de l'activité sexuelle. Même s'ils pouvaient durer jusqu'à dix jours environ, la sévérité de ces symptômes a été relativisée par l'assurée elle-même dès lors qu'elle a déclaré ne jamais s'être endettée en raison de dépenses inconsidérées ni n'a mentionné une réduction du besoin de sommeil. Quant au virage hypomaniaque évoqué par le Dr Q._____, il ne l'avait pas lui-même observé. S'agissant enfin des épisodes dépressifs graves, ce médecin a fait état de nombreux réveils nocturnes, d'une fatigue chronique, d'une baisse des fonctions cognitives, d'irritabilité et de pleurs. De par son caractère sommaire, cette énumération n'explique pas en quoi la symptomatologie présentée par l'assurée remplirait au moins cinq des symptômes nécessaires au diagnostic de dépression caractérisée selon le

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. A cet égard, le Dr Q._____ s'est contenté d'indiquer, dans son rapport du 25 août 2022, quels étaient à son avis les critères remplis, sans toutefois étayer son point de vue par une description clinique circonstanciée.

bb) En tant qu'elles sont insuffisamment précises, les considérations développées par le Dr Q._____ ne permettent pas de déterminer objectivement les symptômes qui justifieraient l'existence d'un trouble bipolaire de type II. Au contraire, il apparaît dans le rapport d'expertise du Centre L._____ que la recourante axe avant tout son discours sur les douleurs ayant motivé le diagnostic de fibromyalgie posé par l'expert rhumatologue. S'il ressort effectivement de l'examen clinique psychiatrique quelques éléments dépressifs et d'élation de l'humeur mal systématisables, ces éléments ne sont pas suffisamment prégnants pour confirmer le trouble bipolaire de type II, comme l'a souligné l'expert B._____. Au demeurant, l'analyse du Dr Q._____ repose avant tout sur les plaintes subjectives exprimées par sa patiente et n'est guère étayée par des éléments objectifs. A cet égard, il a fait état de trois dépressions graves (entre 15 et 23 ans puis entre 28 et 33 ans et enfin à l'âge de 36 ans), sans toutefois qu'elles aient nécessité un suivi psychiatrique, celui-ci ayant débuté le 5 février 2016 (cf. rapport du Dr Q._____ du 7 juillet 2016). L'assurée n'a par ailleurs jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Il convient encore de relever que les différents experts consultés n'ont pas été en mesure d'objectiver les symptômes évoqués par le Dr Q._____. Du point de vue des troubles cognitifs, le Dr S._____ a relevé que les capacités de concentration et d'attention n'étaient pas limitées. De même, le Dr V._____ n'a pas constaté une réduction des fonctions cognitives (orientation dans le temps et dans l'espace, mémoire à court et long terme, capacités de concentration et d'attention ainsi que raisonnement et intelligence). Les experts du Centre L._____ n'ont pour leur part fait état d'aucune particularité sur ce plan. Sous l'angle de l'humeur, le Dr S._____ n'a pas objectivé de trouble de ce registre. Les experts du Centre L._____ ont noté que la recourante était euthymique. Quant au Dr V._____, il a signalé que les fonctions thymiques n'étaient que légèrement affectées par l'état psychique.

S'agissant de la symptomatologie dépressive, le Dr S._____ n'a retrouvé aucun des trois critères majeurs de la dépression (pas de trouble de l'humeur, pas de diminution de la concentration et de l'attention ni d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir et absence d'un symptôme du syndrome somatique de la dépression). Le Dr V._____ n'a pas non plus retrouvé de syndrome somatique de la dépression hormis une diminution de l'intérêt pour des activités habituellement agréables et une diminution de la libido, ce qui n'était pas suffisant pour retenir l'existence d'une dépression. De son côté, le Dr B._____ a déclaré que l'examen n'avait mis en évidence aucun signe de la lignée dépressive et qu'il manquait d'une description convaincante d'un épisode dépressif caractérisé.

d) Comme la recourante l'a elle-même indiqué aux experts judiciaires, elle est principalement limitée dans ses activités par la symptomatologie douloureuse (fibromyalgie). Le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie était d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convenait ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaissait donc la mesure pour établir de manière objective si l'assuré présentait un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne pouvait plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (ATF 143 V 409 ; 143 V 418 ; 141 V 281) n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation

sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation mentionnée (cf. TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et la référence citée).

aa) En ce qui concerne le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, les experts du Centre L._____ ont constaté, d'un point de vue objectif, des troubles statiques du rachis ainsi que de nombreux points douloureux à la mobilisation et surtout à la palpation, correspondant typiquement à une fibromyalgie ; pour autant, les articulations périphériques étaient normalement mobiles, sans signes inflammatoires ni trouble dégénératif marqué. En revanche, les IRM des poignets montraient des troubles dégénératifs avec une atteinte bilatérale du ligament triangulaire. Pour cette raison, les sollicitations mécaniques importantes des poignets étaient contre-indiquées. Dans la mesure où l'activité de caissière dans une grande surface nécessitait de multiples mouvements des poignets avec parfois un besoin de force assez important, elle n'était plus compatible avec l'état de santé de la requérante depuis avril 2018, date à laquelle les douleurs s'étaient exacerbées. Toutefois, dans une profession ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 2 kg ni une bonne force de préhension ou des mouvements répétitifs avec les poignets, la capacité de travail était intégralement préservée, sans diminution de rendement. Telle était également la conclusion du Dr H._____. Ainsi, au vu de la capacité résiduelle de travail admise, il y a lieu de relativiser le degré de gravité et le caractère incapacitant du diagnostic de fibromyalgie.

bb) S'agissant du traitement de la pathologie rhumatologique, le Dr H._____ n'a pas préconisé d'autres thérapies que celles en place au moment de son examen (traitements antalgiques et physiothérapie). Par la suite, les experts du Centre L._____ ont relevé que les douleurs étaient, au moins partiellement, soulagées par la médication antalgique. Pour le reste, l'assurée ne faisait plus de traitement physique en raison de son inefficacité et il n'y avait pas non plus de prise en charge personnelle en raison d'une fatigue et d'un manque de motivation. Ils ont ainsi estimé que le traitement était adéquat et n'avaient pas de proposition

thérapeutique spécifique à formuler. Compte tenu par ailleurs du caractère manifestement inadapté du traitement des pathologies psychiatriques, ces éléments permettent de relativiser la gravité de la fibromyalgie.

cc) S'agissant des comorbidités psychiatriques, les experts du Centre L._____ ont expliqué pour quels motifs ils avaient écarté le diagnostic de trouble bipolaire de type II. Pour le reste, tant les médecins du SMR que les experts du Bureau R._____ et ceux du Centre L._____ ont estimé que la cyclothymie et les autres pathologies psychiques retenues n'affectaient pas la capacité de travail. Les experts du Centre L._____ ont constaté que s'il existait certes une fatigabilité et une diminution de la capacité de concentration, elles étaient plutôt modérées et non observables cliniquement. Ils ont en outre estimé que les plaintes cognitives étaient en partie imputables aux effets sédatifs des psychotropes et étaient donc réversibles moyennant un ajustement du traitement. Quant au déficit de l'attention, il existait depuis l'enfance et ne s'était jamais révélé incapacitant dans le passé. De leur côté, les Drs S._____ et V._____ ont indiqué que les fonctions cognitives s'étaient révélées normales lors de l'examen clinique. Aussi y a-t-il lieu de retenir l'absence d'interactions entre le trouble douloureux et les autres troubles concomitants ayant valeur de maladie.

dd) Invitée par le Dr B._____ à s'exprimer sur sa personnalité, la recourante a indiqué qu'elle éprouvait beaucoup de difficulté à parler d'elle-même. Si elle n'était pas particulièrement sociable, elle n'avait toutefois jamais eu de problème relationnel, que cela soit dans le cadre professionnel ou dans le cadre privé. Cela étant, les quelques traits de personnalité borderline mis en évidence n'étaient pas suffisamment sévères pour retenir ce diagnostic, d'autant que certains de ces traits pouvaient se confondre avec la cyclothymie. Selon l'expert, même si l'estime de soi de la recourante était chroniquement basse et qu'elle décrivait une labilité de l'humeur, une impulsivité et une certaine difficulté à contrôler sa colère, ces quelques traits de personnalité pathologique n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles. D'ailleurs, la

recourante ne voyait pas la nécessité de changer quelque chose dans son caractère. De leur côté, les experts du Bureau R. _____ ont relevé que l'assurée avait correctement fonctionné jusqu'au jour de l'expertise, même s'il existait une impression d'immaturité et d'intelligence dans la fourchette normale basse. Il n'y avait cependant pas de fonctionnement en tout ou rien et la distance relationnelle n'était pas problématique. Aussi convient-il de retenir que les éventuels traits de personnalité présentés par la recourante n'ont pas valeur de maladie mentale susceptible d'influencer négativement les ressources dont elle dispose pour faire face à son trouble douloureux.

ee) En ce qui concerne le contexte social, il ressort du rapport d'expertise du Centre L. _____ que la recourante a décrit un réseau social plutôt restreint, fondé avant tout sur son noyau familial. Si elle n'avait jamais été très sociable, elle conservait toutefois des liens avec deux amies proches. Sur le plan familial, elle entretenait de bonnes relations avec ses beaux-parents, tandis qu'elle n'avait plus de contact avec sa propre famille. Les relations avec son conjoint s'étaient détériorées en raison de l'infidélité de ce dernier, alors qu'elles demeuraient bonnes avec ses deux fils. Depuis plusieurs mois, elle ne sortait pratiquement plus et n'avait guère envie de rencontrer des gens. Les Drs H. _____ et V. _____ ont évoqué un retrait social ainsi qu'une réduction de l'activité. Aussi convient-il d'admettre que le contexte social constitue, dans le cas d'espèce, un indicateur guère favorable.

ff) En ce qui concerne la cohérence, le SMR (cf. rapport du 9 janvier 2017) a relevé que les éléments recueillis dans le contexte psychosocial et la vie quotidienne permettaient de constater que les ressources disponibles ou mobilisables de l'assurée étaient globalement conservées ainsi que son autonomie dans la vie quotidienne. Aussi bien les experts du Bureau R. _____ que ceux du Centre L. _____ ont constaté que la recourante avait pu s'adapter aux règles de l'expertise. Elle était capable de structurer ses tâches puisqu'elle parvenait à gérer son administration même si, parfois, elle oubliait de payer une facture ; elle effectuait par ailleurs un certain nombre de tâches domestiques légères

(courses, rangement, nettoyer la table du petit-déjeuner, réchauffer le repas de midi de son époux, passer la poussière, mettre le linge dans la corbeille puis dans la machine à laver, repasser). Le fait qu'elle ait peu d'activités (essentiellement regarder la télévision) était certes imputable au syndrome douloureux, auquel elle s'était cependant adaptée en fractionnant les tâches physiquement lourdes ou en les confiant à ses proches. Elle n'avait toutefois jamais présenté d'incapacité de travail durant sa vie professionnelle en raison de son état de santé psychique. Au cours de cette période, elle avait ainsi su faire usage des compétences spécifiques de même qu'elle n'avait pas rencontré de difficultés à évoluer au sein d'un groupe. Sa capacité à porter des jugements et à prendre des décisions était conservée ; même lorsqu'elle se livrait à des achats compulsifs, elle ne s'était en effet jamais endettée. Si l'assurée a montré des signes de fatigue vers la fin de l'entretien d'une durée de deux heures avec les experts du Centre L. _____, c'était non seulement dû aux effets secondaires des sédatifs psychotropes mais aussi au fait qu'elle fumait régulièrement du cannabis. Sa capacité de s'affirmer n'était cependant pas entravée. En revanche, ses capacités d'endurance et d'adaptation étaient réduites. Sa capacité à prendre soin d'elle et à se prendre en charge semblait en bonne partie conservée, dès lors qu'elle ne présentait pas de négligence dans sa présentation ni dans son hygiène. Elle était capable de se déplacer seule en transports publics. Dans ces conditions, il semble que cette description de la vie quotidienne de la recourante valide le constat de l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

gg) Au vu de l'examen des indicateurs jurisprudentiels, il y a lieu de retenir que la symptomatologie présentée par la recourante ne revêt pas, malgré un contexte social peu favorable, un degré de gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne pourrait plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part.

e) Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles mises en évidence par le corps médical - pas de port de charges

supérieures à 2 kg, pas de surcharges mécaniques soutenues et en force ni de mouvements répétitifs des poignets, pas de position assise prolongée - ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail (sur cette notion : ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2) offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont accessibles aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière autre qu'une mise au courant initiale. L'office intimé a notamment mis en évidence que la recourante serait en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité du domaine industriel léger (par exemple : surveillance d'un processus de production, contrôle qualité, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement léger) ou dans des tâches simples d'aide administrative (réception, scannage, classement/archivage, saisie de données). Dans ce contexte, il n'est pas irréaliste d'admettre qu'il existe un nombre significatif de métiers qui peuvent être exercés par la recourante en dépit de ses limitations fonctionnelles, si bien que rien ne s'oppose à une reconversion professionnelle. Au demeurant, elle bénéficie d'une expérience en matière commerciale et pour des travaux administratifs. Quant à la diminution de concentration et à la fatigabilité dont elle fait état, il n'y a pas lieu d'en tenir compte, les experts du Centre L. _____ ayant estimé qu'elles n'affectaient pas la capacité de travail. Partant, il convient de rejeter la conclusion subsidiaire de la recourante tendant à la mise en œuvre de mesures concrètes d'examen des capacités fonctionnelles.

9. Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que présente la recourante.

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On

se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

bb) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

c) aa) En l'occurrence, la recourante présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de caissière depuis le mois

d'avril 2018. En revanche, elle dispose depuis toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI ; cf. aussi considérant 3a *supra*), c'est à bon droit que l'office intimé a effectué la comparaison des revenus à l'aune des circonstances prévalant en 2019.

bb) Cela étant, il ressort des constatations opérées par l'office intimé que la recourante dispose d'une expérience de plusieurs années dans le commerce de détail mais qu'elle a perdu son poste pour des motifs étrangers à son état de santé. Aussi, il convient de se référer pour fixer le revenu sans invalidité aux données statistiques, à savoir le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes, conformément au Tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé) de l'ESS 2018 à la ligne 47 (commerce de détail) du niveau de compétences 1, soit 4'425 fr., part au treizième salaire comprise. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2019 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'613 fr. 05, ce qui donne un salaire annuel de 55'356 fr. 60. Après indexation à l'année 2019 (+ 1 % en 2019), il s'élève à 55'910 fr. 15 (montant arrondi).

cc) L'office intimé s'est également fondé pour fixer le revenu d'invalidé sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités physiques et manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2018, 52'452 fr. par année (4'371 fr. x 12), part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétences 1). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Après adaptation de ce montant à l'horaire de travail moyen en 2019 (41,7

heures par semaine) et à l'indice des salaires nominaux (+ 1 % en 2019), le revenu d'invalidité s'élève à 55'228 fr. Compte tenu d'un abattement sur le salaire statistique de 10 % destiné à prendre en compte les limitations fonctionnelles de la recourante comme facteur susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75), on obtient par conséquent un revenu d'invalidité de 49'705 fr. 20 (montant arrondi).

d) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 55'910 fr. 15 avec un revenu d'invalidité de 49'705 fr. 20 aboutit à un degré d'invalidité de 11 %.

10. En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, il n'y a pas lieu de s'écarter du rapport d'enquête économique sur le ménage du 9 mars 2017 concluant à un empêchement de 40,4 %, qui a pleine valeur probante (ATF 128 V 93). Au demeurant, la recourante n'a plus contesté ce taux après le dépôt du rapport d'expertise judiciaire.

11. Le taux d'invalidité global de la recourante doit ainsi être fixé à 17 % ($[11 \times 0,8] + [40,4 \times 0,2]$), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

12. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

13. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 2 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'U._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Yero Diagne, avocat (pour U._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :